Rok XXXIV. Kraków 15. Czerwca 1895 r. Nr. 24.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 8, Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. [illegible] Grabowski [illegible]

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Z oddziału dla chorób krtani prof. Pieniążka w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Pierwotna gruźlica błony śluzowej nosa.

Napisał

Dr. Aleksander Baurowicz,

asystent Uniw. Jagiell.

W miarę udoskonalenia rynoskopii w ostatnich dziesiątkach lat przypadki pierwotnej gruźlicy nosa, tak zwanego *tuberculoma septi narium*, zaczęły pojawiać się coraz liczniej tak, że obecnie cierpienie to dokładnie poznane nie należy do zbyt rzadkich. Od czasu pierwszej publikacyi Riedla [1]), ogłoszono już znaczną liczbę tych przypadków; w tej mierze prac głównie przytoczyć należy pracę Hajeka [2]), dalej Herynga [3]) a w ostatnich czasach O. Chiariego [4]). Cierpienie to nazwać musimy pierwotnem, gdy obok zmian na błonie śluzowej nosa nie znajdujemy ogniska podobnej natury w innych częściach ustroju, nadto dla odróżnienia od cierpień następowych, pojawiających się w następstwie gruźlicy płuc; o przypadkach tych ostatnich wspominać tutaj nie będę, choć zajęcie nosa w tych razach bardzo rzadko się spotyka, częściej bowiem zmiany następowe sadowią się na błonie śluzowej języka, gardła, zajmując tu głównie mieszki limfatyczne. *Tuberculoma nasi* jest cierpieniem pierwotnem w ścisłem tego słowa znaczeniu, lubo zaprzeczyć się nie da, iż częściej spotyka się je u ludzi z oznakami zołz, niż u osób zupełnie zdrowych. O ile gruźlica pierwotna nosa może być punktem wyjścia dla gruźlicy zajmującej później inne części ustroju, brak podobnych przypadków, mimo obserwacyi zajmujących szeregi lat u jednego i tego samego chorego, cierpienie to bowiem posiada własności cierpienia miejscowego. Nie można zaprzeczyć, iż u chorego z pierwotną gruźlicą nosa, możemy w jakiś czas później znaleść inne ognisko gruźlicze n. p. w płucach, rozstrzygnąć jednak, w jakim stosunku przyczynowym stoją oba te ogniska do siebie, będzie dość trudnem; wiemy, iż gruźlica następowa towarzyszy zwykle znacznym zmianom gruźliczym w innych narządach jak płucach a wyjątkowo tylko na miejscach wyżej wspomnianych usadowiona gruźlica bywa zmianą pierwotną.

Gruźlica pierwotna błony śluzowej nosa występuje w 2ch postaciach. Pierwszą, częstszą jej postacią jest guz gruźliczy, zajmujący część chrzęstną przegrody nosowej, co było też powodem przyjęcia dla gruźlicy pierwotnej nosa nazwy *tuberculoma*. Guz ten zajmuje początkowo jedną powierzchnię przegrody chrzęstnej nosa, w miarę jednak wzrostu granulacyi przychodzi do zniszczenia chrząstki i pojawienia się podobnego guza po drugiej stronie przegrody nosowej. Cechą charakterystyczną cierpienia tego jest, iż zajmuje ono miejsce ograniczone, przyjmuje postać guza o powierzchni nierównej, pokrytego błoną śluzową o zabarwieniu nie wiele różniącym się od ogólnego zabarwienia błony śluzowej nosa, zbitości elastycznej, podatnej. W miarę wzrostu guza, z powodu ścieńczenia błony śluzowej łatwo guzy te przy dotknięciu krwawią a zgłębnik bez trudności przechodzi w głąb, mogąc w przypadkach obustronnego zajęcia przegrody nosowej przejść na drugą stronę guza, w tych bowiem razach, jak wyżej wspomniałem, chrząstka ulega zniszczeniu, zastąpiona przez masy tkanki granulacyjnej, gruźliczej.

Drugą postacią pierwotnej gruźlicy na błonie śluzowej nosa są owrzodzenia na przegrodzie chrzęstnej nosa, o naciekłym dnie i wybujałych brzegach. Ścisłej granicy jednak między temi dwoma postaciami choroby, między owrzodze-

[1]) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1878.
[2]) Die Tuberkulose der Nasenschleimhaut. Internat. klin. Rundschau. 1889.
[3]) Gruźlica błony śluzowej nosa. Medycyna. 1892.
[4]) Ueber Tuberculome der Nasenschleimhaut. Archiv für Laryngologie. 1894. T. I.

niem gruźliczem a guzem, poprowadzić nie można, gdyż owrzodzenie poprzedzać musi naciek, w tych razach zawsze jako guz występujący, czego i klinicznie czynić nie można dla odróżnienia *tuberculoma septi* od następowej gruźlicy nosa pojawiającej się jedynie pod postacią płaskich owrzodzeń. Owrzodzenie więc zajmować będzie głównie przegrodę nosową, choć w tym drugim okresie choroby nierzadko sprawa przenosi się na przedsionek jamy nosowej i na przedni koniec małżowiny dolnej, nigdy zaś początku tej tak zwanej pierwotnej gruźlicy nosa w pierwszem jej stadyum nie spotykano na ostatnich miejscach. Widzimy więc, iż nie można odróżnić dwóch postaci tej choroby a jedynie mówić możemy o dwóch jej stadyach. Tak w stadyum pierwszem jak i w drugiem główną cechą jest ograniczenie zmian chorobowych; choroba może wlec się latami całemi, zajmując jedynie przegrodę chrzęstną nosa w postaci guza, zanim przyjdzie do rozpadu. I tu znów sprawa posuwa się zwykle powoli, bardzo rzadko przenosząc się na przegrodę nosa kostną, sprowadza przebicie przegrody chrzestnej i może ustać zupełnie nawet bez leczenia, częściej zaś przy użyciu odpowiednich zabiegów. Cierpienie to jednak odznacza się skłonnością do nawrotu, nie wywierając przytem szkodliwego wpływu na ustrój ludzki. W zaniedbanych przypadkach, cierpienie może przejść i na skórę nosa, warg i policzków, sprowadzając owrzodzenia skóry o charakterystycznych znamionach owrzodzeń gruźliczych (podobny przypadek obserwowałem na klinice Stoerka), dających nam możność wykluczenia owrzodzeń liszaja żrącego (*lupus vulgaris*), wreszcie kiły, o czem wspomnę przy rozróżnianiu tej choroby od innych. Wyjątkowo, co jednak wielu ma przeciwników (Mertens[5]) i inni), sprawa przenieść się może na przegrodę kostną nosa, zniszczyć kość i sprowadzić zapadnięcie się nosa, zbliżone swem wejrzeniem bardzo do zmian w kształcie nosa zewnętrznego po przebyciu spraw kilakowych jamy nosowej. Takie przypadki opisał Hajek, zwracając jednak uwagę, iż zdarza się to bardzo rzadko i jedynie w starych, zaniedbanych przypadkach, w których granulacye mogły znaleść czas do zniszczenia kości. Przy zmianach kiłowych trzeciorzędnych naciek kilakowy szybko zajmuje głębsze warstwy błony śluzowej, sprowadza objawy *perichondritis* i w krótkim już czasie może przyjść do obumarcia większych części chrząstki i kości, które następnie wypadają, sprowadzając w odpowiednich razach zapadnięcie się nosa. Oprócz trzech przypadków spostrzeganych w naszym oddziale, widziałem na klinice Stoerka kilka przypadków *tuberculoma*, w żadnym z nich jednak nie obserwowaliśmy przeniesienia się sprawy na przegrodę kostną nosa z ewentualnemi następnie zmianami w kształcie nosa. Zauważyłem tylko, iż przy znacznych guzach przegrody chrzęstnej znajdujących się po obu stronach, może przyjść do rozszerzenia się nosa w częściach miękkich i zbliżenia kształtu nosa zewnętrznego do wejrzenia nosa przy zmianach twardzielowych, jak to było w przypadku naszym trzecim. Trudność oddychania przez nos bywa najczęstszym powodem, dla którego zgłaszają się chorzy, rzadziej z powodu krwawienia z nosa, już i dlatego, iż to ma miejsce więcej w drugiem stadyum choroby.

Co się tyczy rozpoznania, to przy gruźlicy następowej nosa nie napotyka ono na żadne trudności, zwykle bowiem znaczne zmiany gruźlicze w płucach każą się nam domyślać natury owrzodzeń w nosie a nadto przy owrzodzeniach z gruźlicy następowej często widzieć można na brzegach wrzodu przeświecające gruzełki jako szarawe punkciki, wreszcie tak badanie histologiczne jak i barwienie prątków w skrawkach zwykle rzecz potwierdza.

Rozpoznanie guza gruźliczego przegrody nosowej względnie owrzodzenia zeń powstałego, nie zawsze znajduje potwierdzenie w badaniu histologicznem a jeszcze rzadziej w bakteryologicznem tak, iż nieraz jedynie ze stanowiska klinicznego po wykluczeniu kiły, liszaja żrącego, wreszcie nowotworu jak mięsaka, musimy rozpoznać chorobę. Zazwyczaj przy badaniu histologicznem guza znajdziemy wśród tkanki granulacyjnej słabo barwiące się gruzełki, w których jednak nie zawsze napotyka się komórki olbrzymie. Wykazanie prątków należy do bardzo wielkich trudności, zazwyczaj znajdują się one w warstwach głębszych i to w bardzo nieznacznej liczbie najczęściej jeszcze w komórkach olbrzymich. Na setki barwionych skrawków, znaleziono prątek ledwo w jednym; w moich przypadkach, okazujących zresztą typowe utkanie nacieku gruźliczego, choć ze skąpą liczbą komórek olbrzymich, mimo barwienia bardzo wielu skrawków, przecież prątków znaleść nie mogłem. W ostatnim z mych przypadków część wyjętych granulacyj zaszczepiłem śwince morskiej pod skórę, świnka jednak pozostała zdrową. Nie zawsze jednak obraz mikroskopowy przedstawiać nam będzie typowe cechy nacieku gruźliczego, często bowiem brak naciekowi tkanki granulacyjnej, gruzełków i komórek olbrzymich tak, iż nadto przy ujemnem zawsze w tych razach badaniu pod względem obecności prątków, jedynie z przebiegu klinicznego rozpoznać możemy naturę cierpienia (Seifert)[6]). We wszystkich trzech naszych przypadkach rozpoznanie kliniczne było zupełnie pewnem a dalsze badanie miało więcej cel ściśle naukowy tak, iż nawet w razie ujemnego wyniku badania histologicznego przecież natura cierpienia musiałaby pozostać tą samą. Chyba w przeciwnym razie, gdyby badanie histologiczne mogło było nam wykazać inne cierpienie, rozpoznanie musiałoby upaść, kliniczne bowiem doświadczenie w rozpoznawaniu tej choroby, jak wspomniałem wyżej, musi być nieraz jedynem do poznania natury tego cierpienia.

Odróżnienie od innych cierpień będzie zależeć od stadyum choroby; gdy choroba występuje pod postacią guza, wykluczyć należy w pierwszym rzędzie polip śluzowy lub włókniak przegrody nosowej, przypadki bardzo rzadkie, odznaczające się zresztą usadowieniem szypułkowatem, swoją zbitością, gładką powierzchnią, nie krwawiące za dotknięciem; prędzej zaś możnaby *tuberculoma* pomięszać ze zmianą jednak również bardzo rzadką, polipowatego przerostu błony śluzowej na przegrodzie, tu znowu brak odpowiedniej zbitości, krwawienia, wreszcie rychłe zagojenie się rany po wycięciu guza, naprowadzą nas na rozpoznanie.

Sprawa ostra na przegrodzie nosowej, jak zapalenie ochrzęstnej samoistne (Fischenich[7]), Kuttner[8]), Wróblewski)[9]),

[5]) Ueber Tuberculose der Nasenschleimhaut. Würzburg 1889.

[6]) Atlas der Histopathologie der Nase, Mundhöhle und des Kehlkopfes. 1895.

[7]) Ueber das Hämatom und die primäre Perichondritis der Nasenscheidewand. Archiv für Laryngol. 1894. T. II. Z. 1.

[8]) Die sogenannte idiopathische acute Perichondritis der Nasenscheidewand. Archiv für Laryngol. 1894. T. II. Z. 1.

[9]) Ueber die sogenannten acuten Abscesse der Nasenscheidewand (*Abscessus acuti septi narium*). Archiv für Laryngol. 1895. T. II. Z. 3.

cierpienie bardzo rzadkie odznaczać się nam będzie obok ostrych objawów zapalnych gładka powierzchnią, ewentualnem chełbotaniem w środku guza zresztą płaskiego, co raczej przy wykluczeniu kiły więcej wchodzi w rachubę. Następowe zaś zapalenie ochrzęstnej po urazach lub w przebiegu ostrych chorób zakaźnych, łatwiej wykluczyć możemy.

Krwiak przegrody nosowej (*haematoma septi*), przy wejrzeniu swem obok wywiadów, nie sprawi nam trudności.

Kilak przegrody nosowej odznacza się płaskim, szerokim naciekiem przechodzącym w sąsiedztwo gładką powierzchnią, podatnością w środku nacieku a przy obecności wrzodu, formą jego okrągłą o ostrych brzegach, drążeniem w głąb, daje nam charakterystyczne oznaki, przyczem wiele nam mogą pomódz badanie gardła i wywiady.

Znaczne bujanie guzków liszaja żrącego błony śluzowej nosa może być bardzo podobne do *tuberculoma*, nie brak tu jednak nigdy guzków w okolicy na błonie śluzowej, względnie charakterystycznych owrzodzeń po wypadłych guzkach a nadto częste zajęcie skóry, choćby na częściach odległych od nosa, ułatwia nam rozpoznanie.

Wreszcie pomieszać by można *tuberculoma* z miękkim mięsakiem, mogącym mieć wszystkie typowe cechy guza gruźliczego; tu znowu rychłość powrotu guza po jego wycięciu obok badania histologicznego wskaże nam właściwą naturę sprawy chorobowej. (Dokończenie nastąpi).

II. Przyczynek do nauki o ropieniach śródpiersia tylnego i ich leczeniu *(mediastinitis postica)*.

Podał

Prymaryusz Dr. Ziembicki.

(Podług wykładów mianych na VII. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 25. Lipca 1894 roku i w Towarzystwie chirurgów w Paryżu 13. Marca 1895 roku).

(Dokończenie. Patrz Nr. 23).

W takim to pomyślnym stanie wyzdrowienia przyszła T. Majewska, robiąc kilometer drogi piechotą ze szpitala do sali obrad VI. Zjazdów chirurgów polskich we Lwowie, dnia 24. Lipca 1894.

Wynik zdawał się świetny i prawie bezprzykładny. Cieszyłem się nim tem bardziej, że w chwilach pogorszenia i niebezpieczeństwa kilkakrotnie miałem zamiar otwarcia śródpiersia tylnego i pracowałem w prosektoryum nad wykształceniem odpowiedniej w takich razach metody operacyjnej, nie wiedząc podówczas, że ją w całej pełni ogłosił już był przed laty prof. Nasiłow.

Zwierzałem się z tą myślą prof. Rydygierowi i podówczas często przebywającemu w moim oddziale i korzystającemu z mojej gościnności Drowi Barączowi. Świadomość więc, że dzięki metodom zachowawczym, udało mi się wyratować chorą i nie narazić jej na zabieg operacyjny, niezmiernie poważny, ale kuszący przez swoją nowość, napełniała mię dumą; tryumf niestety był krótkotrwały a przebudzenie się z tego pięknego snu straszne.

Chora czując się coraz lepiej, zażądała stanowczo, aby ją odesłano do domu. Mimo przedstawień opuściła szpital 26. Lipca, obiecała jednak, że codzień pokazywać mi się będzie. Asystent zaś mój Dr. Bardach podjął się sumiennej lecz ciężkiej usługi, dochodzenia do niej dwa razy na dzień, celem żywienia chorej za pomocą sondy. Każdy inny sposób żywienia był chorej surowo wzbroniony, gdyż połykana woda jeszcze kroplami wydobywała się przez małą przetokę wielkości głowy od szpilki.

To czego się obawiałem, stało się. Po kilku dniach chora przestała przychodzić do kancelaryi i kilkakrotnie jadła lub piła, nie czekając na lekarza.

Wreszcie 10. Sierpnia wróciła do szpitala, ale jasnem było natychmiast, że już nic jej uratować nie mogło. Stan gorączkowy, wejrzenie ogólne i miejscowe septyczne. Brzegi rany rozwarte częściowo, obłożone, obrzękłe. Wydzielina cuchnąca, kaszel uporczywy, oddech także cuchnący. Za późno było już, aby uciekać się do operacyi Nasiłowa, na którą znękana chora i zgodzić się nie chciała.

Wreszcie 17. Sierpnia nastąpiła śmierć, właśnie w trzy miesiące po pierwszem wstąpieniu na oddział, po długich tygodniach tak zupełnej poprawy, że ostateczne wyleczenie musiałem uważać za niewątpliwe.

Katastrofa ta Panowie, wywołała naukę pierwszorzędnej wagi, którą należało wyzyskać w pełni.

Była to jedyna wyjątkowo sposobność wypróbowania nie *in anima vili* ale *post mortem* metody operacyjnej teoretycznie i technicznie doskonale obmyślanej i proponowanej przez prof. Nasiłowa, celem dostania się do tylnego śródpiersia.

Pracę swoją ogłosił Nasiłow we *Wraczu*, w roku 1888. Nr. 25. Jest ona bardzo szczegółowa i zupełnie wyczerpująca.

Chirurdzy francuscy Quénn i Hartmann, o d w o ł u j ą c s i ę n a n i ą, przedstawili równie memoryał w tej kwestyi w Towarzystwie chirurgów paryskich, 4. Lutego 1891. a więc w trzy lata później.

Z porównania obydwóch prac wynika, że prawie żadnej nie przedstawiają różnicy zasadniczej a jak poniżej wykażę, reguła postawiona przez autorów francuskich, aby zawsze na lewo cięcie prowadzić, nie jest dostatecznie uzasadniona.

Cała więc zasługa i zaszczyt trafnego i śmiałego pomysłu spada na prof. Nasiłowa, oprócz niewątpliwych praw pierwszeństwa.

Z stanowczością iście godną lepszej sprawy, w autoreferacie zamieszczonym w *Przeglądzie lekarskim* Nr. 15. b. r., twierdzi Dr. Barącz, że Quénn i Hartmann ulepszyli metodę i rozszerzyli jej zakres nietylko do leczenia ropni, ale także wklinowanych ciał obcych, ograniczonych nowotworów *(carcinoma oesophagi)* i zwężeń innej natury.

Wszystkie te wskazania podał już Nasiłow i operacyę raka części piersiowej przełyku opisał jak najdokładniej *(resectio oesophagi endothoracica)*. I w tym więc względzie pomysły chirurga rosyjskiego wyprzedziły wskazania chirurgów francuskich, których zabieg różni się tylko małą odmianą nacięcia skóry (*incision linéaire*) i wynikającem z tego traktowaniem warstwy mięśni.

Aby dojść do tego przekonania, wystarcza porównać obydwie prace w oryginale ale godzi się nasamprzód zadać sobie ten trud.

Technika samej operacyi w skróceniu jest następująca:

1) Cięcie płatowe (Nasiłow) lub proste (Quénn) od żebra 2. do 5. lub 6., równoległe do tylnego brzegu łopatki i do kręgosłupa, odstępując od tegoż na szerokość dłoni (4 palce) drążące aż do kości.

2) Resekcya podokostnowa 3 lub 4 żeber, na zewnątrz muszkułu *sacrolumbalis*.

3) Odlepianie i oddzielanie ostrożne opłucnej za pomocą palców od wewnętrznej powierzchni żeber, w kierunku do śródpiersia. Oddzielanie to u człowieka normalnego jest bardzo łatwem, dzięki dobrze rozwiniętej podopłucnowej luźnej tkance łącznej. Przekonałem się o tej okoliczności przytoczonej przez Nasiłowa, przy wszystkich moich ćwiczeniach w prosektoryum.

Czytelnicy znajdą bliższe szczegóły techniczne w wyż przytoczonych pracach.

Nadmienić jednak muszę, że Nasiłow poleca wykonać resekcyę żeber po lewej stronie i tędy torować sobie drogę do śródpiersia, aby się dostać do górnego odcinka przełyku piersiowego; dolny zaś odcinek ma być dostępniejszy za pomocą resekcyi żeber prawej strony.

Quenn i Hartmann polecają zaś zawsze s t r o n ę l e w ą, ponieważ zgodnie z twierdzeniem Braunego, opłucna zagłębiając się po prawej stronie pomiędzy kręgosłup a przełyk, utrudnia drogę operatorowi.

Mojem zdaniem rzecz jest zupełnie względna i przedewszystkiem liczyć się potrzeba z kierunkiem, w którym rozwija się sprawa patologiczna, reguła zaś bezwzględna Dra Quenn i Hartmanna jest piękną w teoryi, ale nie w praktyce.

Przystępując zatem do operacyi na trupie Tekli Majewskiej, postanowiłem prowadzić cięcie na prawo tak, jak miałem zamiar wykonać za życia a to z tej prostej przyczyny, ponieważ kilkakrotne badanie palcem i sondą upewniły mię, że jama ropnia przebiegała nietylko wzdłuż ściany przedniej stosu pacierzowego, ale także wzdłuż ściany bocznej prawej. Logicznem więc było przypuszczenie, że ropa odbyć musiała część drogi naprzeciw ręki pracującej nad odlepieniem opłucny, czyli innemi słowy, że najkrótszą drogą do celu, prowadziło cięcie po stronie prawej.

Po odsłonięciu opłucny, zacząłem odlepianie w kierunku śródpiersia, z największą starannością. Zabieg ten, tak łatwy na trupie zwykłym, przedstawił w tym przypadku największe trudności i mimo wielkiej uwagi, w dwóch czy trzech miejscach przedziurawiłem worek opłucny. W krótce jednak doszedłem do jamy ropnia śródpiersiowego i napotkałem dren łączący ją z raną na szyi.

Z t e g o w y n i k a, ż e u o s o b y d o t k n i ę t e j r o p i e n i e m ś r ó d p i e r s i a, w s t a d y u m p ó ź n i e j s z e m j e s t p r a w i e n i e p o d o b n e m w y k o n a ć o d l e p i e n i a o p ł u c n e j ś c i e n n e j, b e z j e j p r z e r w a n i a.

Niestety nie jesteśmy w stanie oznaczyć, w jakim okresie stanu zapalnego, po wielu dniach lub tygodniach, grozić nam może podobny przypadek podczas operacyi.

W y n i k s e k c y i. Prosektor szpitala Dr. Krokiewicz znalazł zmiany następujące:

1) Ogólny obraz posocznicy. (Serce, nerki, śledziona, wątroba).

2) Przedziurawienie ścian tylnej i bocznej lewej przełyku, tuż poniżej granicy połyku. Otwór patologiczny, już za życia rozpoznany, miał centymetr średnicy.

3) Ognisko ropne, zawierające około 40 cm.^{3} treści ropnej, szyjnej i piersiowej. Nadżarcie głębokie kilku kręgów. Ognisko w śródpiersiu ma 12 cm. długości a 6 cm. szerokości i obnaża w znacznej części prawą ścianę kręgosłupa.

4) Wysięk ropny w prawej opłucnej (100 cm.^{3} płynu).

5) Gangrena wielkości jaja kurzego, w prawem płucu. Zrosty znaczne między żebrami górnemi a opłucną.

Zmiany te wywołane zostały wskutek długotrwałego ropienia w najbliższem sąsiedztwie a może także wskutek dostania się okruszyn pokarmu do płuc, gdy chora żywiła się bez sondy. *(Schluckpneumonie).*

Starałem się Panom przedstawić wierny obraz dramatu chirurgicznego, którego przebieg śledziłem przez całe trzy miesiące.

Żałuję, że w odpowiedniej chwili nie umiałem się zdecydować na otwarcie śródpiersia dla zabezpieczenia odpływu. Ale powrót pozorny do zdrowia, złudzenie, że się chorobę opanowało, wreszcie nieostrożność, popełniona przez samą chorą, wszystko to razem wzięte tłómaczy nas do pewnego stopnia.

Kilka słów jeszcze na zakończenie. Wobec ropienia, szerzącego się w śródpiersiu tylnem, uważam za obowiązek na przyszłość zapewnić odpływ dolny ropie, stosując operacyę Nasiłowa a nie opuszczając się tylko do cięcia na szyi. *(Paraoesophagotomia).*

Możliwem jest, że uszkodzimy opłucną i że do groźnego i tak już niebezpieczeństwa przyłączy się jeszcze otok piersiowy ropny. Ale na tym zabiegu polega ostatnia iskra nadziei wyratowania chorego i dla zachęty przytoczę podany przez Langenbecka przypadek:

Ropień śródpiersia tylnego otwarty *(sponte sua)* do jamy opłucnej: Następowy otok piersiowy ropny;

Operacya otoku: Wyzdrowienie.

III. Z zakładu higienicznego prof. O. Bujwida w Krakowie.

O powietrzu zakaźnem.

Podał

Dr. Leopold Haim,

sekundaryusz szpitala św. Łazarza.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

2) L a s e c z n i k i.

a) *Bacillus liquefaciens aurantiacus* tworzy kolonie szare o brzegach nieregularnych, na około brzegu obwódka mglista, wśród której pod drobnowidzem odróżnić można pojedyncze punkciki (czysty). Są to laseczki dość grube, średniej długości, okazujące ruchy oscylacyjne i słabe postępowe. Rozrzedza żelatynę wzdłuż przewodu wkłucia, rozrzedzona żelatyna jest zupełnie czysta tak, że trudno odróżnić rozrzedzoną jej część od nierozrzedzonej. Na agarze nalot pomarańczowy (nieznany a może ten sam opisany przez prof. Bujwida w Nrze 46).

b) *Bacillus erythrogenes.* Prątki drobne, cienkie, nieruchliwe, nierozrzedzające żelatyny. Rosną słabiej w głębi, niż na powierzchni, gdzie po pewnym czasie nalot staje się dość grubym, barwy brudno żółtawej, żelatyna zaś cała przybiera zabarwienie słabo czerwone. Po 6—7 tygodniach żelatyna rozrzedza się i to najprędzej w miejscach, gdzie była poprzednio najmocniej czerwono zabarwioną. Na agarze nic charakterystycznego.

c) *Bacillus pleomorphus*, kolonie białe, małe, powierzchowne, iryzujące. Prątki okazują ruchy obrotowe i postępowe, są różnej długości, na jednym lub obu końcach pałeczkowato zgrubiałe, albo łącząc się ze sobą tworzą nitki dość długie, w rozmaitych kierunkach powyginane, inne zaś prątki są wydłużone i łukowato zagięte albo są podobne do spirylli Obermayera. Rozrzedzają żelatynę bardzo powoli w postaci lejka; rozrzedzona żelatyna jest czystą. Na agarze nalot bardzo cienki, szarawy, ledwie widoczny, złożony z pojedynczych kolonii (nieznany).

d) *Bacillus albus ex aere* (dla odróżnienia od wodnego). Kolonie duże, powierzchowne, barwy szarawo białej, nie rozrzedzające żelatyny, o brzegach wzębionych. Prątki dość grube, długie, okazujące szybkie bardzo ruchy postępowe. W hodowli kłutej tworzy po 7 dniach biały nalot, podobny nalot na agarze (nieznany).

e) *Bacillus flavus non liquefaciens* tworzy kolonie barwy brudno-zielono-żółtej, nierozrzedzające żelatyny, o brzegach nierównych falistych, pod drobnowidzem brzeg jest ciemniej zabarwiony, niż cała kolonia, która okazuje niewyraźną ziarnistość. Prątki krótkie, grube, o końcach zaokrąglonych, okazujące znaczną ruchliwość. W hodowli kłutej z początku rozwój w postaci gwoździa barwy żółtawej, po dłuższym czasie guziczek rozrasta się na powierzchni a po 6—8 tygodniach zaczynają żelatynę bardzo słabo rozrzedzać. Na agarze nalot zielonkowato-żółty (nieznany).

f) *Bacillus megaterium.* Kolonie barwy szarawej o brzegach nieregularnych. Laseczki dość grube, długie, niektóre wyrosłe w nitki, o końcach zaokrąglonych, nie okazujące żadnej ruchliwości. W hodowli kłutej z początku rozpuszczają żelatynę lejkowato, tworząc na dnie obfity osad ze strzępów złożony, później, gdy rozrzedzenie dochodzi do ścian probówki, rozpuszczają ją warstwowo. Na agarze miejsca okrągłe, duże, kuliste, suche, które zlewając się ze sobą tworzą nalot nie lepki (w powietrzu znalezione i opisane przez prof. Bujwida, w Nrze 24).

g) *Bacillus longus.* Prątki długie, cienkie, niektóre wydłużone w nitki, okazujące słabe ruchy oscylacyjne, szybsze obrotowe. Tworzy kolonie powierzchowne w postaci krzyża, okazujące pod drobnowidzem w środku ziarnistość. W hodowli kłutej nie rozrzedzają żelatyny, nie rosną na powierzchni, lecz w głębi. Na agarze nalot cieniutki, ledwie widoczny (nieznany).

h) *Bacillus plicatus.* Kolonie wystające w postaci grzyba ponad powierzchnię. Prątki małe, drobniutkie, okazujące przeważnie ruchy oscylacyjne. Żelatyny nie rozrzedzają, rosną bardzo dobrze i na powierzchni i w głębi, tworząc na powierzchni twardy, gruby nalot. Po 4—5 tygodniach żelatyna rozrzedza się w postaci lejka, jest mętną z obfitymi na dnie strzępami barwy żółtej. Na agarze nalot bardzo gruby, skórzasty, barwy żółtej, trudno zdjąć się dający. Bulion po kilku dniach mętnieje, tworząc na dnie strzępy barwy żółtawej (nieznany).

i) *Bacillus fluorescens liquefaciens.*

k) *Bacillus magnus.* Kolonie duże, białe, powierzchowne, nie rozrzedzające żelatyny, w środku budowa ich koncentryczna, brzeg zaś kolonii jaśniejszy, falisty. Prątki bardzo długie, grube, nieruchliwe, nierozrzedzające żelatyny a tworzące w hodowli kłutej na powierzchni nalot biały. Na agarze nalot brudno-biały, mazisty (podobny do *subtilis).*

l) *Bacillus membranaceus.* Kolonie tworzą na płytce grudki wystające barwy szarawej. Prątki małe, nieruchliwe. Nie rozrzedzają żelatyny a w hodowli kłutej tworzą na powierzchni grudkę, która coraz bardziej w szerszą się rozrastając po niejakim czasie zapada się w głąb, tworząc dołek lejkowaty. Na agarze nalot gruby, śluzowy, trudno zdjąć się dający, do błony podobny (nieznany).

m) *Bacillus flavus liquefaciens.* Kolonie powierzchowne, barwy szarawej, o brzegach falistych, w środku okazujące ziarnistość. Laseczki średniej długości, dość grube, na obu końcach zaokrąglone, o ruchach słabych oscylacyjnych. Po 4 dniach w hodowli kłutej powstaje lejek mętnawy, powoli rozrzedzenie dochodzi do ścian probówki i odtąd rozrzedzenie warstwowo postępuje naprzód, przyczem żelatyna staje się czyściejszą a na dnie osad. Bulion po 4 dniach mętny, na dnie obfity osad. Na agarze nalot gruby, cytrynowo-żółty.

n) *Bacillus ramosus liquefaciens.* Prątki dość długie, grube, nieruchliwe, które łącząc się ze sobą, tworzą łańcuszki zebrane we wiązki powikłane (obraz podobny, jak przy *anthrax).* Żelatynę rozrzedza warstwowo a od środka przewodu wkłucia rozchodzą się ku obwodowi drobne niteczki. Kolonie rozrzedzające żelatynę pod drobnowidzem przedstawiają rozgałęzienia grzybiaste. Na agarze odosobnione kolonie z obwodu, wypuszczające mnóstwo niteczek pierwszorzędnych i drugorzędnych, które łącząc się ze sobą tworzą na powierzchni sieć gęstą, do grzybni podobną. W bulionie osad obfity, złożony z nitek. (Różni się nieco od *bacillus ramosus liquefaciens* wodnego; nieznany).

o) *Bacillus aerophilus* przez Flüggego a następnie przez prof. Bujwida dokładniej opisany.

p) *Bacillus magnus subflavus.* Kolonie białe, powierzchowne, nie rozrzedzające żelatyny, o brzegach nierównych, o budowie w środku jakby z grudek złożonej. W hodowli kłutej rosną mocniej na powierzchni, niż w głębi. Laseczki grube, długie, które łącząc się ze sobą, tworzą łańcuszki nieruchliwe. Na agarze pojedyncze kolonie tworzą naloty grube, blado-żółtej barwy (nieznany).

r) Laseczniki szare. Kolonie duże, powierzchowne, nie rozrzedzające żelatyny. Prątki cienkie, krótkie, ruchliwe na obu końcach zaokrąglone. W hodowli kłutej tworzą na powierzchni nalot cienki, w głębi jest rozwój bardzo słaby; na agarze nalot szarawy, ziarnisty, dość gruby (odpowiadałyby opisanym przez prof. Bujwida pod Nrem 98).

s) *Bacillus coliformis.* Kolonie dość duże, powierzchowne, nie rozrzedzające żelatyny, o brzegach równych, barwy szarawo białej. Laseczki cienkie, średniej długości, okazujące słabe ruchy oscylacyjne. W hodowli kłutej rosną w postaci gwoździa, po niejakim czasie nalot silniej się rozrasta. Na agarze nalot biały, cokolwiek iryzujący. W bulionie nic charakterystycznego (nieznany; znaleziony podczas liczenia brudów).

B. Chorobotwórcze.

1) Ziarniki.

a) *Staphylococcus pyogenes aureus.* Kolonie małe, okrągłe, o brzegach ściśle ograniczonych, kolonie więcej rozwinięte, rozrzedzają żelatynę i są wybitniej żółto zabarwione. W hodowli kłutej rozrzedzają żelatynę wzdłuż przewodu wkłucia, na dnie osad złocisto-żółty. Na agarze nalot żółty, złocisty. Na ziemniakach z początku nalot niewyraźny, później żółty. Hodowany w temperaturze pokojowej, jak inne bakterye.

b) *Micrococcus tetragonus flavus.* Kolonie okrągłe, żółte. W hodowli kłutej rosną mocniej na powierzchni, niż w głębi, o barwie wybitnie żółtej. Na agarze nalot jasno-żółty. Preparat z żelatyny. Koki skupione, okazujące tendencyę układania się w dwójki i czwórki; z bulionu preperat daje ziarniki w czwórki ułożone.

c) *Micrococcus tetragonus albus* (różnica od poprzedniego podana przez prof. Bujwida pod Nrem 12).

d) *Micrococcus flavescens.* Kolonie nadzwyczaj małe, płytka jakby cienką szpilką nakłuta, powierzchowne, okrągłe, o budowie w środku podobnej do kolonii cholerycznej. W hodowli kłutej rośnie słabo na powierzchni i w głębi, na powierzchni nieco mocniej, tworząc guziczek, żelatyny nie rozrzedza. Na agarze nalot jasno-żółty. Pod mikroskopem preparat z bulionu: ziarniki po 2—3 rzadko typowa czwórka.

2) Laseczniki.

a) *Bacillus coli communis.* Kolonie powierzchowne, nie rozrzedzające żelatyny, barwy brudno-białej, o brzegach nierównych, kolonie są duże. Żelatyny nie rozrzedzają, rosną podobnie jak durowe, tworząc na powierzchni delikatny nalot. Na ziemniakach osad żółty, mazisty. Na agarze nalot szarawy, brudno-białawy. W agarze cukrowym wytwarza gaz. Przy próbie chemicznej daje reakcyę indolową (podczas liczenia brudów). (Dokończenie nastąpi).

IV. O drżeniu oczu (*nystagmus*).

Napisał

Dr. Adam Langie,
I. asystent kliniki okulistycznej Uniw. Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

Tłómaczenie najwięcej trafiające do przekonania, oparte na doświadczeniach fizyologicznych, podaje Knies. Według niego, ostateczna przyczyna tego rodzaju drżenia óczu tkwi w systemie nerwowym. Aby to jednak zrozumieć, musimy zrobić małe zboczenie w dziedzinę fizyologii mózgu. Wiadomo z badań Wernickego, że z *tractus opticus* biegną włókna nerwowe do trzech punktów mózgu: jedne do *corpus geniculatum externum*, drugie do *pulvinar thalami optici*, trzecie do *corpus quadrigeminum anterius*. Te trzy punkta noszą nazwę pierwotnych zwojów nerwu wzrokowego, *ganglia optici primaria*. Z nich dopiero biegną dalej włókna do istoty korowej w płacie potylicznym a mianowicie do tylnych jego części i do *cuneus*. Doświadczenia Munka i Schäfera wykazały, że przez drażnienie słabymi prądami indukcyjnymi kory płata potylicznego, mianowicie tak zwanej sfery wzrokowej wywołać można stale skojarzony ruch obu óczu ku stronie przeciwnej jak miejsce drażnione. Obreggia[17] zauważył nadto, że przy drażnieniu jednego punktu tej sfery wzrokowej tak zwanej okolicy plamki *(Maculagegend)*, ruch óczu jest tak małym, iż zaledwie daje się dostrzedz. Na tej podstawie powiada więc Knies: *In der Sehsphaere sind die eintretenden optischen Fasern und die austretenden motorischen derartig vertheilt, dass Reizung einer beliebigen Stelle einer Sehsphaere beide Augen so einstellt, wie wenn ein an der correspondirenden Stelle der gegenüberliegenden Gesichtsfeldhälfte auftauchendes Object binoculär fixirt würde. Die optische Hirnrinde ist also zugleich das motorische Rindencentrum für die willkürlichen Augenbewegungen, insofern letztere durch bewusste Lichteindrücke veranlasst werden.* Wynika z tego, że obwodowym punktom, sfery wzrokowej odpowiadają obwodowo położone punkta w naprzeciwległej połowie pola widzenia. Im dalej obrazek pada od plamki żółtej, do tem bardziej obwodowego punktu sfery wzrokowej zostaje wrażenie doprowadzone; tem większy więc muszą wtedy oczy wykonać ruch celem ustawienia linii widzenia na przedmiot. Jeżeli zaś obrazek pada na plamkę żółtą, zkąd wrażenie dochodzi do t. zw. *Maculastelle der Sehsphaere*, to nie następuje żaden ruch oczyma, one są już na przedmiot nastawione. U noworodka wiele połączeń między ośrodkami w korze mózgowej a obwodowemi częściami nie jest jeszcze wytworzonych, dopiero z biegiem czasu drogi te, zrazu niejako wytyczone, wydoskonalają się tak, że wrażenia świata zewnętrznego bez przeszkody i szybko do właściwych ośrodków dostać się mogą. Badania Bernheimera w Wiesbadenie naprzykład wykazały, że *n. opticus* i *chiasma* u nowonarodzonego dziecka zawierają tylko częściowo włókna rdzenne. A więc i połączenie siedziby wzroku w płacie potylicznym nie jest jeszcze tak dostateczne i doskonałe, z jednej strony z pierwotnymi zwojami nerwu wzrokowego, z drugiej strony z siatkówką, jak to jest u człowieka dorosłego. Dlatego też dziecko uczy się dopiero nastawiać oczy na przedmiot a potrzebne do tego połączenia między ośrodkami korowymi, automatycznymi i siatkówką ulepszają się z biegiem czasu. Jeżeli teraz jakaś przeszkoda optyczna, z którą dziecko przyszło na świat, lub która niedługo po urodzeniu się wytworzyła, uniemożliwia powstawanie wyraźnych obrazków na siatkówce, to w następstwie tego, wrażenie dochodzące do kory mózgowej jest za słabe, aby tam wzniecić dostatecznie silną podnietę do dobrego nastawienia óczu; ośrodki kory nie mogą wyrobić sobie tej przewagi nad ośrodkami odruchowymi, powstaje *nystagmus. Wir kennen demnach,* powiada Knies, *den Nystagmus definiren, als mangelhafte corticale Innervation der willkürlichen Bewegungsmuskeln des Auges, als eine besondere Form corticaler Schüttellähmung.* Dlatego też u starszych, choć doznają trwałego upośledzenia wzroku, nie przychodzi do *nystagmus*, bo u nich ten stosunek kory mózgowej do móżdżku jest już przez szereg lat ustalony i móżdżek nie może wyzwolić się z pod wpływu regulującego ośrodków korowych. Potwierdzenie tego zapatrywania znachodzimy także w tych przypadkach drżenia óczu u osób dorosłych, gdzie ognisko chorobowe przerywa drogę dla podniet od kory mózgowej do ośrodków ruchów automatycznych lub gdy skutkiem niedostatecznego rozwinięcia samej kory n. p. mikrocefalii nie mogą ośrodki korowe zapanować nad ośrodkami automatycznymi i zaprowadzić ład i porządek w ruchach (Benedict, Rählmann, Merier i inni).

Nystagmus tej grupy ma znaczenie podrzędne, bo wzrok i tak z przyczyn optycznych jest upośledzony. Chorzy nie doznają wrażenia, jak gdyby się przedmioty poruszały, bo *nystagmus* wytwarza się w tym okresie, kiedy oni uczą się poznawać przedmioty, oceniać ich położenie i odległość, uczą się więc równocześnie abstrahować od tych pozornych ruchów przedmiotów, co im tem łatwiej przychodzi, że nigdy inaczej nie widzieli.

Wyleczenie możliwe jest wtedy, jeżeli się uda wcześnie usunąć całkowicie przeszkodę optyczną, która drżenie óczu

[17]) Arch. f. Anat. u. Physiol. 1889.

wywołała (Arlt i inni). Zadziwiającym przykładem jest przypadek opisany przez Bribozię: Chłopiec 15-toletni dotknięty był wrodzoną zaćmą na obu oczach, V = tylko poczucia światła; mocny *nystagmus*. Po szczęśliwej operacyi zaćmy chory nauczył się rozpoznawać przedmioty, nawet czytać, V = $^{5}/_{10}$. Już w kilka tygodni po odzyskaniu wzroku drżenie ócz zmniejszyło się wyraźnie a w końcu ustąpiło o tyle, że małe drgania występowały tylko pod wpływem wzruszenia psychicznego.

W myśl tłómaczenia Böhma polecano leczyć ten rodzaj *nystagmus* przez przecięcie m. prostego wewnętrznego, lepiej widzącego oka, lecz próby to nie odniosły pożądanego skutku, jak o tem Ruete się przekonał.

Zresztą niemal wszyscy zgadzają się na to, że to drżenie ócz leczenia nie wymaga, bo dolegliwości choremu nie sprawia. Rozmaite próby okazały się bezskutecznemi a chociażby się nam nawet udało w jaki sposób wyleczyć *nystagmus*, to nie oddamy przez to choremu żadnej przysługi, jeżeli ważniejszej zmiany wzrok upośledzającej usunąć nie możemy. Muszę tu jednak wspomnieć, że niekiedy, lubo bardzo rzadko, może z biegiem czasu drżenie ócz zmniejszyć się i bez ustąpienia przeszkody optycznej. Jeden przypadek taki widział i opisał Graefe a Meyer wspomina, że *nystagmus* w przypadkach *coloboma chorioideae* nie rzadko ustępuje w późniejszym wieku. Widziano też u albinosów zmniejszenie się *nystagmus*, gdy im przepisano ciemne okulary.

Trzecią wreszcie grupę, której przedstawicielem jest przypadek nasz, opisany na początku, stanowi *nystagmus* górników. Różni się on przedewszystkiem od poprzednich tem, że tu nie znachodzimy ani zboczeń anatomicznych w układzie nerwowym ani przeszkód optycznych w oku. któreby nam powstanie drżenia ócz tłómaczyły. U nas, jak to oświadczyłem, rzadko mamy sposobność spotkać się z tego rodzaju drżeniem oczu, autorowie za to francuscy, angielscy i niemieccy obserwowali je dość często i to tylko u górników zatrudnionych w kopalniach węgla. Naprzykład w kopalniach południowej Francyi (w Decazeville, Carnieaux), według spostrzeżeń Pechdo, należy do najczęstszych zboczeń, spotykanych u zatrudnionych tamże górników. Już 40 lat temu Dr. Gillet w Sheffield miał zrobić pierwsze spostrzeżenia a w roku 1858 stwierdzono według Bella podobny przypadek w Bradford Eye and Ear Hospital. Dopiero jednak w ostatnich dziesiątkach lat zwrócono baczniejszą uwagę na to cierpienie. W roku 1861 wspomina o niem Decondé a potem opisali wiele przypadków Oglesby, Bell, Taylor, Schroeter, Graefe, Baer, Mooren, Förster i Reuss; w ostatnich zaś czasach obszerniejsze prace poświęcają temu zboczeniu Romiée w Belgii, Dransart we Francyi, Snell w Anglii i Nieden w Niemczech. W dawniejszej pracy Niedena na 7416 górników, zatrudnionych w kopalni węgla, znachodzimy 293 razy drżenie ócz a zatem blisko 4%; w ostatniej zaś wyczerpującej monografii podaje Nieden, iż na 11145 badanych górników znalazł 405 razy *nystagmus*, to jest 3·63% a z obliczenia wszystkich przypadków, widzianych przez lat 17, oblicza odsetkę na 5·7. Dransart na 1200 robotników podaje 3% a Romiée na 900 górników 20% (!). Hoderot zaś na 8602 górników 435 razy = 5%.

Nystagmus górników przedstawia nam zboczenie nabyte w późniejszym wieku, występuje on napadowo, z początku jak w naszym przypadku tylko przy niedostatecznem oświetleniu a więc o zmroku lub podczas pracy w kopalni, później także przy świetle dziennem poza kopalnią. Napady stają się coraz częstsze i coraz wybitniejsze a wywołują je rozmaite czynniki jak: wpatrywanie się w jakiś przedmiot, podniesienie ócz w górę, pewne pozycye ciała, natężenia fizyczne lub wzruszenia umysłowe. Według Schroetera występuje bardzo mocno przy braku światła dziennego, za to nieraz przy dobrem oświetleniu ustaje zupełnie (*Vossius*). W ogóle przekonano się, że napad taki łatwiej występuje, gdy każemy choremu wpatrywać się obuocznie w jakikolwiej przedmiot; trudniej przy wpatrywaniu się jednem okiem, gdy drugie jest zamknięte. Najłatwiej wywołać lub zwiększyć *nystagmus* u górnika przez zwrócenie ócz ku górze, przeciwnie w miarę jak oczy zwracają się ku dołowi zmniejsza się *nystagmus* a wreszcie znika zupełnie a lubo granica, przy której ustaje, znachodzi się w rozmaitych przypadkach niżej lub wyżej, to zawsze, przynajmniej zdaniem Romiéego, każde drżenie ócz u górnika ustaje przy najsilniejszem zwróceniu ócz ku dołowi.

Prawie zawsze *nystagmus* ten pojawia się na obu oczach równocześnie a przypadki drżenia jednego tylko oka, jakkolwiek przytaczane, należą do rzadkości a może i tu nieznaczny *nystagmus* na drugiem oku poprostu przeoczono.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

Embryologia.

W. Mikucki: **Budowa histologiczna jajowodu z uwzględnieniem rozwoju fałdów i kanałów drugorzędnych** (z 5 tablicami).

W krótkim wstępie przytacza M. wyniki dotychczasowych badań nad rozwojem i budową histologiczną jajowodów. Badań swych własnych dokonał autor na jajowodach ludzkich, branych z płodów (począwszy od 3-go miesiąca księżycowego ciąży), z dzieci i kobiet dorosłych (po rok 53-ci życia).

M. rozróżnia, jak zawsze, trzy warstwy w ścianie jajowodu: zewnętrzną (otrzewna), środkową (pokład mięśni gładkich) i wewnętrzną (błona śluzowa).

Pokład mięśni gładkich zaczyna się wytwarzać około 4-go miesiąca księż. życia płodu i daje się znów podzielić na 3 warstwy: wewnętrzną i zewnętrzną, podłużną i środkową, okrężną, z których ostatnia jest najsilniej rozwinięta i najpierw się wyosabnia.

Błony podśluzowej M. nie znalazł, natomiast napotkał cienką warstwę mięśni gładkich, jako t. zw. *muscularis mucosae*. Błona śluzowa pokryta jest jednowarstwowym nabłonkiem cylindrycznym, na którym od 5-go miesiąca księżycowego życia płodu występują migawki. Jądra w komórkach nabłonkowych układają się nieregularnie, raz w dole, drugi raz w górze komórki, co robi wrażenie, jak gdyby było kilka warstw komórek.

W trąbkach kobiet dorosłych zauważył M. dwa rodzaje komórek nabłonkowych: jedne wąskie a długie, o jądrach nadmiernie wydłużonych a między niemi w mniejszej liczbie komórki protoplasmatyczne (pierwoszcza), czworoboczne z jądrami okrągłemi i słabiej niż poprzednie się barwiącemi. Komórki te według M. nie są tworami patologicznymi, ani komórkami śluzowo-zwyrodniałemi, bo znajdują się w trąbkach zupełnie normalnych i dobrze zachowanych, z drugiej strony nie dają reakcyi dla śluzu charakterystycznej.

Błona śluzowa od połowy 3-go miesiąca księżycowego życia płodu zaczyna się pokrywać fałdami wzdłuż osi trąbki przebiegającymi, które najpierw i o wiele silniej występują w zewnętrznym a nieco później dopiero w wewnętrznym i środkowym odcinku jajowodu.

M. dzieli wszystkie fałdy na podstawie ich rozwoju na fałdy pierwotne i późniejsze, te znów na pierwszorzędne, drugorzędne, trzeciorzędne itd. Pierwotnymi nazywa te fałdy, które pierwsze równocześnie w 3. miesiącu życia płodu ukazują się na błonie śluzowej jajowodu, wszystkie inne będą fałdami późniejszymi. Pierwszorzędnymi nazywa autor fałdy bezpośrednio na ścianie trąbki usadowione, fałdy i fałdziki wytwarzające się na fałdach pierwszorzędnych, będą fałdami drugorzędnymi a na tych powstają fałdy trzeciorzędne itd.

W miarę wieku płodu ulegają fałdy rozrostowi tak, że już u noworodka światło trąbki wypełnione jest nimi szczelnie. W większym naturalnie stopniu dzieje się toż samo u kobiety dorosłej.

Tworzenie się wszystkich fałdów polega według M. na bujaniu komórek nabłonkowych w miejscu, gdzie fałd ma powstać. Komórki nabłonkowe rozmnażając się, tworzą wypuklenie do światła trąbki a następowo pociągają za sobą tkankę łączną (*mucosa propria*). W wielkich fałdach napotkał M. włókna mięsne gładkie, które mają związek z *muscularis mucosae*.

Gruczołów w błonie śluzowej M. nie znalazł, natomiast napotkał wśród fałdów ślepe zaułki wyścielone nabłonkiem cylindrycznym i mające przebieg równoległy z osią trąbki, których powstawanie tłómaczy sobie autor zrostem dwóch obok siebie leżących fałdów w jeden. Zaułki te zasługują na miano przewodów drugorzędnych. Nadto przez przyleganie do siebie fałdów blisko leżących mogą się również tworzyć przewody, które jednakże swe powstawanie zawdzięczają tylko stosunkom mechanicznym i są tworami niestałymi. (*Pamiętnik Tow. lek. warsz.* Zeszyt I. 1895). (Autoreferat).

Bakteryologia.

Walthard: O działaniu przeciwprątkowem mucyny.

W. przekonał się w czterech przypadkach cięcia cesarskiego, że pochwa i okolica ujścia zewnętrznego macicy zawierają mnóstwo drobnoustrojów, natomiast $^2/_3$ górne części przewodu szyi, jama macicy i trąbki w stanie prawidłowym aż do końca ciąży od nich są wolne.

Badając wpływ śluzu składającego się z czystej mucyny, którego czop wypełnia przewód szyi, na rozwój drobnoustrojów, przekonał się autor, że śluz ten nie działa antyseptycznie w tem znaczeniu jak środki chemiczne, lecz że działanie swe ochronne zawdzięcza tylko tej okoliczności, iż jest złą dla drobnoustrojów pożywką. Hodowle bowiem drobnoustrojów na agarze powleczonym śluzem ze szyi, rozwijały się prawidłowo, natomiast na czystym śluzie w termostacie w ciągu dni 14-tu ani gronkowiec złocisty, ani paciorkowiec ropny nie rosły, nie tracąc wcale przez ten czas swej żywotności; zaszczepiając zaś nieszkodliwy, duży prątek znajdujący się w pochwie, za pomocą odpowiedniej rurki szklanej zatopionej, której koniec w samym przewodzie szyi się odłamywał, na czop śluzu w szyi macicy osób ciężarnych, zdołał W. udowodnić, że i w ustroju śluz ten posiada takie same własności, jak poza ustrojem i że drobnoustroje, które dostają się do szyi wraz z wydzieliną nierozwijając się dalej, na zewnątrz zostają usunięte. (*Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde* 1895. Tom XVII. Z. 9/10).

Ciechanowski.

Higiena.

Flügge: O zadaniach i skuteczności wyjaławiania mleka wobec cierpień przewodu pokarmowego u osesków.

F. pragnął udowodnić, że błędnem jest ogólnie przyjęte mniemanie, jakoby wyjaławianie mleka za pomocą godzinnego gotowania uwalniało je zupełnie od drobnoustrojów, jakoby pozostające jeszcze po tem drobnoustroje były nieszkodliwe a wreszcie jakoby rozwój drobnoustrojów w mleku objawiał się zawsze widocznym tegoż rozkładem. W tym celu badał, które z drobnoustrojów mleka krowiego swojemi właściwościami biologicznemi wzbudzają podejrzenie, że mogą na przewód pokarmowy działać szkodliwie i jaki jest wpływ używanych obecnie sposobów wyjaławiania na takie gatunki bakteryj. Po wykluczeniu tych gatunków, które giną już po lekkiem zagotowaniu (prątki kwasu mlekowego, *proteus*, *bacterium coli* i t. d.) i tych, które szybko sprawiają widoczny rozkład mleka (*bacillus butyricus* i t. d.), zdołał F. wykryć jeszcze kilka, których nie niszczy nawet 1½ godzinne gotowanie. Między nimi znajdowała się grupa mikrobów zamieniających sernik w pepton, zdolnych do rozwoju bez dostępu powietrza i nadających mleku smak gorzki, który jednakże był wyraźny dopiero przy znacznym ich rozwoju. Sernik ścina się w ich obecności dopiero bardzo późno, przez co mleko zawierające je może długi czas uchodzić za zupełnie dobre. *Optimum* ich wzrostu przypada między 24 a 54° C. Trzy z pomiędzy nich znajdujące się stale w mleku kupnem, wywoływały ciężkie objawy zatrucia u zwierząt, u psów n. p. biegunki nieraz śmiertelne. One to właśnie można posądzać więcej o szkodliwe działanie, niż inne dotąd w mleku znalezione gatunki; przekonano się bowiem nawet, że mleko szkodliwe miało smak gorzkawy a więc zawierać musiało peptonizujące drobnoustroje.

Jedynie pewną metodą zupełnego wyjałowienia mleka jest według badań F. sterylizowanie parą pod ciśnieniem w wielkich ilościach; mniej pewne rezultaty daje kilkakrotne, przerywane wyjaławianie mleka zupełnie świeżego, obie te jednak metody są zbyt kosztowne. Rozpowszechnione w ostatnich czasach w handlu mleko, wyjaławiane w małych ilościach w temperaturze 100—103°, zawiera w 30—100% wypadków peptonizujące drobnoustroje. Mleko takie należałoby przechowywać w ciepłocie nie sięgającej 18° C. lub zużytkowywać w ciągu najdalej 12-tu godzin, jeżeliby nie można go zupełnie z handlu usunąć lub zastąpić kosztowniejszem, ale pewnem mlekiem wyjaławianem w wielkich ilościach pod ciśnieniem parą.

Wyjaławianie mleka w domu wreszcie za pomocą aparatu Soxhleta, również nie daje rękojmi zniszczenia podejrzanych drobnoustrojów. Ażeby rozwój pozostających po gotowaniu drobnoustrojów ograniczyć lub zatamować, należy mleko szybko zużywać lub też przechowywać w chłodzie (niżej 18° C.) w piwnicy lub wstawiać do zmienianej często zimnej wody. Gotowanie dłuższe niż 10 minut, według F., nie jest potrzebne; czas ten bowiem wystarcza zupełnie do zniszczenia wszystkich tych drobnoustrojów, które przez gotowanie zniszczyć się dają; zamiast zaś drogiego aparatu Soxhleta, może, według F., ludność uboga używać również dobrze prostszych naczyń z przedziurawioną pokrywą, obejmujących na cały dzień porcyę mleka lub pół dnia, byle je potem trzymać w chłodzie a flaszki do ssania zaraz po niem czyścić dokładnie. (*Zeitschrift für Hygiene* 1895. T. XVII).

Ciechanowski.

Medycyna sądowa.

Strassmann: O wykazaniu otrucia w przypadkach sądowych na podstawie zmian anatomicznych.

Autor zwraca uwagę w treściwym wykładzie mianym w towarzystwie lekarskiem Hufelanda w Berlinie na doniosłe znaczenie zmian anatomicznych w przypadkach otrucia, mianowicie zwraca uwagę, jak często grono sędziów i publiczność przecenia czynność chemików sądowych na niekorzyść lekarzy sądowych, jak często przypisuje się wynikowi rozbiorów chemicznych niesłusznie rozstrzygające znaczenie; podnosi natomiast znaczenie rozpoznawcze zmian anatomicznych, które w bardzo wielu przypadkach otrucia czyni zbytecznym rozbiór chemiczny.

Przedstawiwszy szereg kolorowanych rycin i preparatów mikroskopowych z przypadków otrucia różnymi przetworami, roztrząsa ich sposób działania i zmiany przez nie

wywołane i tak zastanawia się nad zmianami po chloranie potasowym i innych przetworach niszczących czerwone ciałka krwi, zmianami przy otruciu za pomocą fosforu, tlenku węgla, przy którym zwraca uwagę na wielką wartość próby tanninowej Kunkla, stawiając ją (niesłusznie!) ponad próbę widmową. Z kolei zastanawia się autor nad przetworami działającymi miejscowo, które wywołują zmiany w postaci nadżerek, odczynu zapalnego, wynaczynień krwi, przyczem nadmienia, że rozległość zmian. ich kombinacya składają się na anatomiczne obrazy dla różnych przetworów i równe i charakterystyczne. W przypadkach otrucia zgęszczonymi rozczynami karbolu i sublimatu lub arszenikiem *in substantia,* przedstawiają ściany przewodu pokarmowego obraz nekrozy koagulacyjnej, są ćme, białe, twarde; mikroskopowo stwierdza się, iż nekroza dotyczy tylko przybłonka, na którego powierzchni znajduje się pokład wypociny skrzepłej przez jego obumarcie. Otrucie karbolem zdradza się wonią, otrucie arszenikiem ogniskowemi zmianami w postaci nadżerek i wybroczyn, jakoteż obecnością kryształków arszeniku w tychże miejscach, otrucie zielenią szwajnfurtską barwą jej, otrucie sublimatem zmianami w jelitach grubych w postaci zapalenia błoniczego.

Przy tej sposobności przytacza autor przypadek otrucia sublimatem, w którym przyszło do porcnienia i do następowego zapalenia błoniczego dróg porodowych, przyczem jednak jelita grube nie okazywały zmian.

W dalszym ciągu roztrząsa autor różnice zmian anatomicznych w przypadkach otrucia kwasami żrącymi, jak kwas siarkowy, solny, azotowy a ługami, poczem przytacza znamiona otrucia kwasem szczawiowym, po którym nie zauważa się tak rozległych wybroczyn, jak po kwasach nieorganicznych natomiast spostrzega się na błonie śluzowej i w wybroczynach kryształki szczawianu wapna w postaci ściętych słupków. W końcu opisuje autor cechy anatomiczne otrucia sinkiem potasu. *Wachholz.*

Zapiski terapeutyczne.

74. F. Eschbaum: O ciężarze kropli leków płynnych (z pracowni farmakologicznej prof. Lewina w Berlinie). Miary tak przybliżone, jak łyżki stołowe i łyżeczki do kawy nie mogą oczywiście mieć żadnej pretensyi do ścisłości. Ale różnica między łyżką największą a najmniejszą jest bardzo mała w porównaniu do różnicy kropli od kropli. Dlatego oddawna już czuć się dawała potrzeba zbadania stosunku ciężaru do kropli. Zajął się tem autor na życzenie prof. Lewina. Wielkość kropli zależy głównie od dwóch czynników: 1) Od rodzaju samegoż płynu; tak n. p. kropla wody jest trzy razy cięższą od kropli *tra chinae composita.* 2) Od szyjki i napełnienia flaszeczki. Z jednej kropli wody, wypływającej z flaszki, mającej szyjkę grubą i szeroką można otrzymać dużo kropel małych zapomocą flaszki o wąskiej szyjce, ostro szlifowanej. Z tejże samej flaszki można uzyskać krople rozmaitej wielkości według tego, czy flaszka była wypełniona zupełnie lub do połowy albo nieco tylko zawierała płynu.

Tak n. p. z flaszki 30 cm.^{3} zawierającej i jednego cm.^{3} wody otrzymał autor, jeżeli flaszka była pełna, 6 kropel, jeżeli zawierała płyn do połowy, 7 a jeżeli tylko odrobinę, 10 kropel.

Na te stosunki, tak ważne przy przepisywaniu i odmierzaniu leków zwracano dotychczas bardzo mało uwagi. Zbadaniem ich zajął się autor i podjął w tej mierze cały szereg doświadczeń, z których wypada, co następuje:

Wielkość i objętość kropli zależy głównie od *a)* przylegania płynu do szkła i *b)* spójności cząstek płynu między sobą.

Przyleganie kropel do flaszki zależy od postaci jej szyjki, mianowicie od zewnętrznego obwodu miejsca, z którego wypływają krople.

Wyjatek od tego prawidła stanowi tylko rtęć, której krople zależą pod względem wielkości od średnicy otworu wypływu.

Spójność rozmaitych płynów jest także bardzo rozmaita; jest ona n. p. największa dla wody, mniejsza dla gliceryny, jeszcze mniejsza dla wyskoku a najmniejsza dla eteru.

Tak n. p. waży 50 kropel, uzyskanych z rurki mającej 6·56 mm. grubości, w ciepłocie 15° C.: wody 5·00, gliceryny 3·90, wyskoku bezwodnego 1·54, eteru 1·22 gramów.

Ze zmięszania innych płynów ze sobą powstają krople, mające ciężar pośredni składników.

Na spójność płynów wpływają, jak wiadomo, temperatura i rozpuszczenie ciał stałych; one też wpływają także i na wielkość kropel.

Wpływ temperatury wszakże pod względem praktycznym nie ma znaczenia; jaki zaś wpływ ma rozpuszczenie ciał stałych, świadczą n. p. następujące liczby:

50 kropel wody uzyskanych z rurki, mającej 6·56 mm. grubości, waży w ciepłocie 15° 5·00 gramów, jak już podaliśmy.

50	kropel	rozczynu kwasu borowego	1+24	waży	5·02	grm.
50	„	„ *morphium mur.*	1+29	„	5·05	„
50	„	„ wodnego KBr	1+2	„	5·34	„
50	„	„ *zincum sulf.*	1+4	„	5·12	„
50	„	99·5% wyskoku		„	1·54	„
50	„	subl. 1·00, wysk. (99·5%)	4·00	„	1·57	„
50	„	eteru		„	1·22	„
50	„	zgęszcz. rozczynu sublim. w eterze		„	1·24	„

Krople tego samego płynu są sobie równe, jeżeli wypływają z rurki poziomo ustawionej, przyczem wielkość kropli zależy od zewnętrznego obwodu ujścia.

Tak n. p. z rurki mającej w ujściu 6·56 mm. grubości, otrzymano z grama wody 10 kropel, z grama zaś roztworzonego wyskoku 26 krop., z grama *aqua amygdalarum* 19 kropel.

W ten sposób obliczył autor dla bardzo wielu płynów znajdujących się po aptekach liczbę kropel na gram płynu a tem samem ciężar kropli. Z tego pokazuje się: dla eteru 41 kropel a ciężar kropli 0·024, *aqua calcis* 10 i 0·101, *balsamum copaivae* 19 i 0·052, *balsamum peruvianum* 16 i 0·063, *extum hydrastis canadensis fluidum* 24 i 0·41, gliceryny 13 i 0·078, kreozotu 19 i 0·053, *liquor kali arsenicosi* 15 i 0·067, *oleum crotonis* 24 i 0·042, *oleum jecoris aselli* 22 i 0·046, *oleum ricini* tak samo, *oleum terebinthinae rectificatum* 27 i 0·037, *spiritus* 29 i 0·034, *tra chinae composita* 26 i 0·039, *tra jodi* tak samo, *tra opii simpl.* 21 i 0·047, *tra strophanti* 26 i 0·038, *tra valerianae aetherea* 30 i 0·033, *vinum colchici* 17 i 0·038.

Wobec tego winien lekarz albo znać stosunek kropli do ciężaru albo, co najlepiej, przepisywać leki tylko według wagi. Tak n. p. *Rp. Morphini muriatici* 0·10, *aquae* 20·00, DS. Co 2 godziny zażywać po gramie, (coby znaczyło po 10 kropel).

75. D. Buck: Somatoza, nowa pożywka. Najważniejszą pożywką każdego zwierzęcia i człowieka jest białko i w prawidłowych okolicznościach jest w pożywieniu czy roślinnem czy zwierzęcem tyle białka, ile go organizm potrzebuje. Można przyjąć, że człowiek pracujący, zdrowy, o średnim ciężarze 70 kilogramów potrzebuje dziennie około 90 grm. białka, co odpowiada około 500 grm. mięsa.

Tej prawidłowej potrzebie organizmu odpowiada pożywienie, składające się ze stosownej ilości białka, tłuszczów i wodanów węgla.

W chorobie bywa często albo wymiana materyi powiększona, albo, co jeszcze częściej, upośledzonem przyjmowanie i wsysanie pokarmów. Dlatego już oddawna w celu ułatwienia trawienia zadawano peptony, których wessanie jest łatwiejsze; przekonano się jednak, że i one, mianowicie przy dłuższem zażywaniu, mają wiele niedogodności, wywołują przez swój smak odrazę a nieraz nawet przez powiększenie ruchu robaczkowatego jelit przeczyszczają.

Wobec tego należy obecność znaczniejszej ilości peptonu w przetworze, mającym przez swą strawność zastępować białko właściwe, uważać za szkodliwą.

Fabryka F. Bayera w Elberfeldzie wyrobiła przetwór, nazwany somatozą, zbliżony nadzwyczaj do czystej albumozy.

Przetwór ten zawiera według Goldmanna 78%, a według Hildebrandta nawet 84 do 86% albumozy obok wody i soli i stanowi proszek żółtawy, z bardzo drobnych ziarn złożony, bezwodny i nie mający prawie żadnego smaku, rozpuszczający się w wodzie zupełnie. Według ilości azotu ma on wartość białka czterokrotnie mięso przewyższającego.

Doświadczenia kliniczne potwierdziły wartość somatozy i wykazały, że somatoza obok pewnej ilości białka w pokarmach działa bardzo dobrze w rozmaitych chorobach gorączkowych, niedokrewności a osobliwie w zboczeniach ze strony przewodu pokarmowego.

Dawka dzienna jest 15 do 20 gramów. Somatozę zadawać można z mnóstwem innych substancyj po rozpuszczeniu jej w wodzie ciepłej.

Osobom bardzo drażliwym i grymaśnym można dawać somatozę w postaci lodów, nawet zaprawionych. (*Wiener klin. Rundschau.* 16 i 17. 1895).

76. Poncet (w Lugdunie): O znieczulaniu eterem (z posiedzenia Towarzystwa chirurgicznego w Paryżu w dniu 29. Maja r. b.) Prelegent zdaje sprawę ze swych doświadczeń w tej mierze, obejmujących okres 27 lat i około 25000 przypadków. Używał on sam i widywał użycie przez innych chloroformu, ale przyznaje eterowi stanowczą wyższość nad chloroformem, jakkolwiek nie zaprzecza, że i eter może być nieraz niebezpiecznym, niedogodnym i że w pewnych okolicznościach należy się innym środkom znieczulającym pierwszeństwo.

Przypady niekorzystne, które wywołuje eter, tyczą się prawie wyłącznie narządu oddechowego i dadzą się zresztą łatwo pokonać, ponieważ nie występują nagle, lecz mają za poprzedników oddech charczący, zaczerwienienie i zsinienie twarzy i t. d.

Groźne przypady przez eter wywołane zdarzały się prelegentowi u ludzi chorowitych i u ludzi, u których badanie za życia nie wykrywało żadnych zmian ważniejszych, u których jednak autopsya wykrywała zboczenia, które należałoby uważać za przeciwwskazania do znieczulenia ogólnego. W jedynym przypadku śmierci, który prelegent może przypisać zastosowaniu eteru, autopsya wykazała znaczne zmiany w sercu tego rodzaju, iżby i chloroform w tym przypadku sprowadził zejście śmiertelne.

Prelegent widział często ważne i mniej ważne przypady ze strony narządu oddechowego po użyciu eteru, ale poskramiał je zawsze środkami zwykłymi, w ostateczności tracheotomią. Chloroform przeciwnie nieraz zabija nagle, bez żadnej widocznej przyczyny.

Za pierwsze przeciwwskazanie do użycia eteru uważa prelegent wiek operowanych. U dzieci do lat 14 i 15 używa chętniej chloroformu niż eteru, ponieważ eter drażni u nich drogi oddechowe i sprowadza wydzielanie się śluzu w wielkiej ilości, mogącej sprowadzić asfiksyę. Tyczy się to przedewszystkiem oczywiście dzieci zakatarzonych.

Również przeciwwskazanym jest eter u ludzi wiekowych z rozdęciem płuc a jeszcze więcej nieżytem dróg oddechowych. Nie wytwarza on wprawdzie u nich tak wielkich ilości śluzu, jak u dzieci, ale drażni za to w sposób trwalszy drogi oddechowe i daje przez to powód do powstania w pierwszych dniach po operacyi zapalenia oskrzeli tudzież zapalenia płuc i oskrzeli ciężkiego, nieraz nawet śmiertelnego. Nie można jednak wszystkich tego rodzaju powikłań kłaść wyłącznie na karb eteru; prawdopodobnie bowiem i zimno, na które są wystawieni operowani, nieraz nawet dosyć długo, mogłoby tu mieć znaczenie etyologiczne.

Prócz tych przeciwwskazań wypływających z wieku operowanych uważa prelegent jeszcze za przeciwwskazanie do użycia eteru porę nocną, miejsce do operowania ciemne, niedostatecznie przewietrzane i obecność płomienia lub żaru, od któregoby zająć się mogły pary eteru i sprowadzić przezto wybuch.

Oczywiście, iż także i znieczulanie eterem wymaga baczności i czujności, osobliwie przy operacyach na twarzy i szyi, jak wyraża się Duret, przy operacyach w zakresie nerwów opuszkowych, t. j. wychodzących z rdzenia przedłużonego.

Nakoniec oświadcza prelegent, że eteryzacyę prostą, t. j. znieczulanie wyłącznie samym tylko eterem uważa na podstawie swego doświadczenia za lepsze, niż znieczulanie przez użycie obok eteru innych środków narkotycznych, mających ułatwiać znieczulenie i czynić je bezpieczniejszem. Ma on tu na myśli wstrzykiwanie podskórne na kilka minut przed operacyą roztworu atropiny z morfiną. Prelegent widział po takiem postępowaniu nieraz tak długie znieczulenie, iż z obawy o życie, musiano nieraz i przez kilka godzin cucić tak znieczulonych.

Do znieczulenia eterem używa prelegent wyłącznie maski Rouxa, zmodyfikowanej przez siebie samego w sposób praktyczny i dającej się łatwo i bezpiecznie desinfekcyonować. (*La Semaine médicale* 5. Czerwca 1895).

VI. VII-my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1894 roku.

Napisał

Dr. Leon Kryński,

asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 15).

Posiedzenie piąte dnia 26. Lipca o godzinie 4. popołudniu.

Przewodniczący Dr. Drobnik z Poznania.

XVIII. Dr. Kader *O leczeniu choroby Basedowa.* Mówca przytacza dotychczasowe poglądy na powstawanie różnych objawów tej choroby i wykazuje, że są one po większej części nieuzasadnione i nie tłómaczą ich powstawania i strony etyologicznej cierpienia. Dalej opisuje przypadki choroby Basedowa, spostrzegane przez siebie w klinice chirurgicznej wrocławskiej i opierając się na nich, stara się dowieść istnienia ścisłego związku między chorobą tą a zmianami chorobowemi w zwojach nerwu współczulnego na szyi. Odczyt swój autor przedstawia obecnie tylko jako doniesienie tymczasowe, szczegółowe uzasadnienie poglądów swoich odkłada on do pracy obszerniejszej, niedługo mającej wyjść z druku.

Dr. Ziembicki do dyskusyi z Dr. Barączem, z powodu swego wykładu na poprzedniem posiedzeniu, dodaje, że pierwszym, który zaproponował chirurgiczne torowanie sobie drogi do śródpiersia tylnego przez resekcyę żeber od tyłu i odklejanie opłucny, był Nasiłow a nie wymienieni przez Dr. Barącza autorzy francuscy Hartmann i Quénu, którzy dopiero później opisali taki sam sposób postępowania.

XIX. Dr. Gabryszewski. *O wynikach leczenia operacyjnego gruźlicy stawów* w klinice krakowskiej za przeciąg czasu od roku 1887 do r. 1893. Mówca podaje liczby, tyczące się wyników operacyjnie leczonych przypadków gruźlicy różnych stawów. Wniosków autor z danych tych nie wysnuwa; odkłada on je do pracy obszerniejszej o tym przedmiocie.

W dyskusyi nad odczytem Dr. Gabryszewskiego oświadcza Dr. Wehr, że w gruźlicy stawów, szczególniej u dzieci, stosuje on z wielkiem powodzeniem jodoform. Operacye wykonywa autor zwykle atypowe; poczem ranę tamponuje i kończynę ustawia w położeniu odpowiedniem zapomocą szyn i opatrunku ustalającego; później w niektórych razach w celu

przyspieszenia zagojenia się już powierzchownej rany stosuje mówca operacye plastyczne sposobem Reverdina lub Thierscha.

Dr. Kader podaje, że w klinice chirurgicznej wrocławskiej stosują w zapaleniu gruźliczem stawów przeważnie metodę Biera; wyniki daje ona bardzo dobre, szczególniej w gruźlicy błon okołostawowych. Jednocześnie w razie potrzeby je skrobią, wypuszczają ropę, wyjmują martwiaki kostne i t. d. Metoda Biera daje dobre wyniki nawet i w leczeniu flegmon; stosuje się ją wtedy po odpowiednich nacięciach.

Dr. Ziemacki zwraca uwagę na zalety metody Lannelonguea, polegającej na wstrzykiwaniu dwuchlorku cynku; sposobem tym leczył koło 20-tu przypadków; wyniki otrzymał dość dobre, jednakże w niektórych z nich ostatecznie trzeba było uciec się do resekcyi stawu.

Dr. Drobnik przytacza swoje postępowanie w leczeniu gruźlicy stawów. Od paru lat używa on nowego sposobu, t. zw. kanalizacyi kości, polegającego na robieniu otworów i kanałów różnej długości w chorej kości, które następnie tamponuje gazą. Metodę tę wprowadził mówca po raz pierwszy, lecząc zapalenie gruźlicze kolana u jednego chorego, który nie chciał się zgodzić na amputacyę pomimo przypadku bardzo zapóźnionego i niepomyślnego, po zrobieniu takiej kanalizacyi nastąpiło wyleczenie i chory ten obecnie chodzi dobrze. Od tego czasu postępowanie takie stosuje mówca dość często.

Dr. Kryński zapewnia, że kanalizowanie stawów gruźliczych nie jest wcale rzeczą nową; dawniej już stosował je Wahl, na tegorocznym zaś zjeździe w Rzymie polecał Stokes postępowanie takie w leczeniu gruźlicy stawu biodrowego.

Dr. Gabryszewski twierdzi, że wtrzykiwania do stawu są bardzo bolesne; sądzi zarówno, że i stosowanie metody Biera wywołuje znaczne bóle.

Dr. Kader zaprzecza stanowczo temu; metoda Biera stosowana dobrze, nietylko nie wywołuje bólów, ale przeciwnie istniejące poprzednio znosi.

Prof. Rydygier oświadcza, że pożądanem byłoby na przyszłych zjazdach zaproszenie do wspólnej pracy w niektórych kwestyach, dotyczących medycyny wewnętrznej i chirurgii, lekarzy internistów. Jako tematy do obrad na przyszłorocznym zjeździe chirurgicznym podaje prof. R.: *paratyphlitis* i *peritonitis perforativa*. W końcu składa podziękowanie gospodarzowi sekcyi chirurgicznej Drowi Ziembickiemu za trudy, położone około utworzenia sekcyi i tak umiejętne i godne uznania zorganizowanie posiedzeń i wyraziwszy radość z powodu znacznej liczby zapowiedzianych odczytów, ożywionych dyskusyj i licznego zawsze zgromadzenia uczestników na posiedzeniach, zakończył zaproszeniem do równie licznego współudziału w przyszłorocznym VII-mym zjeździe chirurgów polskich w Krakowie.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 12. Czerwca 1895 r.

— **VII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie** w dniach 16. i 17. Lipca b. r.

W dalszym ciągu zgłoszono się z następującymi wykładami:

Prof. Obaliński: O modyfikacyi postępowania operacyjnego, podanego przez Gleicha celem leczenia bolesnego płaskonogu (z demonstracyą).

Dr. Bogdanik: O operacyach na woreczku żółciowym.

— Dr. Walery Jaworski, profesor nadzwyczajny patologii i terapii chorób wewnętrznych w Uniw. Jagiell. otrzymał tytuł i charakter profesora zwyczajnego.

— Dziekanem Wydziału lekarskiego w Uniw. Jagiell. na przyszły rok szkolny wybrany prof. Dr. N. Cybulski.

— W połowie Września roku zeszłego zmarł w Hamburgu lekarz Dr. Oergel na cholerę „laboratoryjną", o czem donieśliśmy w swym czasie (por. Nr. 42. *Przeglądu lek.* z roku 1894). Zmarły zapisał swej matce policę zabezpieczenia na życie zawierającą klauzulę, iż Towarzystwo wypłaci jej po jego śmierci pewien kapitał, „jeżeli śmierć nastąpi w sposób nagły i gwałtowny, niezależny od woli zabezpieczonego a sprawiony przez zewnętrzną przyczynę mechaniczną". Opierając się na tem interesowane Towarzystwo asekuracyjne odmówiło wypłaty kapitału; sprawa poszła przeto pod rozstrzygnięcie sądów, z których sąd apelacyjny hamburski oddalił powódkę z jej żądaniem orzekłszy, że mnożenie się laseczników i skutki przez nie sprawione w przewodzie pokarmowym należy uważać za sprawę nie mechaniczną, ale chemiczną.

— **Według dat dostarczonych** przez E. Kaurina trąd zmniejsza się w Norwegii; gdy bowiem w roku 1856. liczono w tym kraju 3000 trędowatych, było ich z końcem 1892 roku 800—900 a od tego czasu dotąd liczba ta zmniejszyła się jeszcze tak, iż z 5-ciu szpitali przeznaczonych wyłącznie dla trędowatych w tym kraju mają być wkrótce dwa zamknięte.

Dr. E. Kaurin uważa trąd za chorobę wyłącznie tylko zaraźliwą a dziedziczność jedynie za przyczynę uspasabiającą. Odosobnienie przeto zupełne trędowatych jest, zdaniem jego, środkiem koniecznym do zupełnego wygubienia tej choroby.

— Akademia wojenno-lekarska w Petersburgu postanowiła obchodzić w dniu 18. Grudnia r. 1898. setną rocznicę swego założenia i w tym celu wydać dwa dzieła: jedno obejmujące jej historyą w pierwszem stuleciu czynności, drugie zawierające monografie historyczne i statystyczne katedr i rozmaitych instytutów połączonych z Akademią.

— W Cieplicach trenczyńskich na Węgrzech oddany będzie temi dniami do użytku publicznego nowy, wspaniały hotel, zbudowany przez architektów wiedeńskich Banqua i Pie, mieszczący w sobie 14 łazienek, z wszelkim komfortem urządzonych i 30 pokoi mieszkalnych.

— Wiadomo, jak ważnem a trudnem i kłopotliwem osobliwie dla miast dużych jest usuwanie śmieci, ile na tem polu robiono projektów i prób. Do ostatnich w tej mierze należy palenie śmieci a jednem z pierwszych miast, które wyzyskało praktycznie ciepło wytworzone przez palenie śmieci, jest miasto Ealing pod Londynem, w którem w osobno na ten cel urządzonych 7 wielkich piecach spala się śmieci wraz z mułem wydobytym maszynami z kanałów miejskich. Spalenie odbywa się tak dokładnie, iż gazy ze spalenia powstałe prawie bez dymu i woni uchodzą na zewnątrz kominem mającym aż 43 metry wysokości. Ciepło ze spalenia śmieci uzyskane wystarcza do otrzymania przez dzień siły 50 koni parowych, poruszających dynamomaszyny; wieczorem, gdy potrzeba więcej światła elektrycznego i siły, pali się w piecach węglami.

— **Wykaz** lekarzy Polaków praktykujących w zdrojowiskach w bieżącym roku uzupełniamy doniesieniem, iż w Lubieniu czynnym jest Dr. Paweł Radecki a w Maryenbadzie prócz wymienionych poprzednio Dr. H. Fraenkel.

— **Nekrologia.** Zmarli: W Tworkach w dniu 3. Czerwca r. b. **Dr. Adam Podolski.** W Łodzi w dniu 3. b. m. w 38. roku życia **Dr. Wiktor Micewicz**, wychowaniec Uniwersytetu juryewskiego (dorpackiego), lekarz cieszący się uznaniem i sympatyą w szerokich kołach

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 23. J. Jaworski i L. Nencki: Przyczynek do nauki o działaniu farmakodynamicznem w zależności od budowy chemicznej środków grupy aromatycznej. Nowy środek *Apolisin* przeciwgorączkowy i kojący. F. Stępkowski: Całkowite wypadnięcie macicy i pochwy u młodej dziewicy. — W *Kronice lekarskiej*, Zeszycie majowym. W. Janowski: Przypadek zapalenia ropnego gruczołu przyusznego (*parotitis purulenta*) wywołany przez laseczniki tyfusowe. L. E. Bregman: O przyczynach powstawania

skoliozy w nerwobólu kulszowym (*ischias scoliotica*). J. Bączkiewicz: O stosowaniu surowicy antydyfterytycznej (wskazówki praktyczne). — W *Medycynie* Nrze 23. S. Lalewicz: Kilka uwag o roli i zadaniu spółczesnej ekspertyzy sądowo-lekarskiej (dok.). S. Grosglik: Praktyczne zasady aseptycznego cewnikowania (ciąg dalszy).

— **Od Administracyi**: Dr. Januszkiewicz w Pilźnie (w Galicyi) złożył na tablicę pamiątkową dla ś. p. prof. Rydla 5 złr.

Sprostowanie. W Nrze 22. *Przeglądu lekarskiego* w artykule Dra Łepkowskiego na stronie 325, szpalta II., wiersz 11. od dołu zamiast: „Jak się dowiaduję z pracy Dra Wehra, Trillat uważa" powinno być: „Jak się dowiaduję z pracy Dra Wehra, uważa tenże".

W Nrze 23. na str. 351, w szpalcie II., wiersz 18. od góry zamiast: „kefiru" powinno być: „kumysu", jak to zresztą z treści samej wypada.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 19. Czerwca b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem mówić będą: 1) kol. Czajkowski: *Przyczynek do etyologii odry* (z demonstracyą); 2) kol. prof. Jordan: *Spostrzeżenia i uwagi nad ciążą zamaciczną* (z demonstracyą kilku preparatów).

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 693. / 1895.

KONKURS.

Z powodu braku odpowiednich kandydatów rozpisuje się niniejszem ponownie konkurs na posadę lekarza okręgowego w Bohorodczanach.

Okręg sanitarny obejmuje 11 gmin, z ludnością 22911. Płaca roczna 500 złr. (1000 koron), zaś ryczałt na koszta podróży służbowych 318 złr. (636 koron) rocznie.

Kompetenci muszą w myśl §. 7. ustawy z dnia 2. Lutego 1891 nr. 17. dz. ust. kraj., prócz dostatecznej fizycznej zdatności, udowodnić się mającej świadectwem c. k. lekarza powiatowego, lub też świadectwem lekarskiem, potwierdzonem przez c. k. lekarza powiatowego, wykazać następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego z przedłożeniem metryki urodzenia.

2) Dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.

3) Nieskazitelny charakter.

4) Znajomość języków krajowych.

5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Pierwszeństwo mają ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Posada na razie prowizorycznie zostanie nadaną na rok jeden.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do Wydziału powiatowego na ręce podpisanego prezesa, najdalej do 15. Czerwca 1895.

Bohorodczany, dnia 2. Maja 1895.

Józef Szeliński, *Prezes.*

126—3—3

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.